N° 42.
15.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES CRISES DANS LES MALADIES.

Tribut Académique

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,
LE 18 MAI 1838,

PAR

CAMILLE PIOCH,
né à Mont-Louis (*Pyrénées-Orientales*),

Élève de l'École pratique d'Anatomie et d'Opérations chirurgicales; ex-Chirurgien externe à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

QUESTIONS IMPOSÉES :

Est-il rationnel de combattre tous les calculs vésicaux par le bicarbonate de soude? N'y a-t-il pas des cas, au contraire, où l'usage de cette substance serait nuisible?

Quelles sont les terminaisons et les fonctions du nerf naso-palatin?

Quelles sont les maladies de la glande lacrymale?

Causes et traitement des fièvres intermittentes pernicieuses.

MONTPELLIER.
Imprimerie de BOEHM et Ce, et Lithographie, boulevard Jeu-de-Paume.
1838.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22361431

A MON PÈRE,

ANCIEN CAPITAINE, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
ET DE SAINT-LOUIS.

Tribut d'amour et de reconnaissance.

A ma bonne Sœur MARIE.

Amitié pour la vie.

C. PIOCH.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES CRISES DANS LES MALADIES.

ARTICLE PREMIER.

§. Ier Les anciens admettaient que la plupart des maladies étaient produites par une matière morbifique, dont la présence dans le sang ou au milieu des organes, causait tous les phénomènes morbides, et qu'elles ne pouvaient se terminer que par l'expulsion de cette matière. Celle-ci séjournait dans le corps un temps illimité, et ce temps de séjour constituait la période de *crudité* de la matière. Or, pendant tout ce temps qui précédait son expulsion, elle subissait, au moyen de la fièvre, certaines mutations inconnues dans leur essence, et qui avaient pour but de lui faire perdre sa nocuité. Quand elle avait ainsi subi l'élaboration nécessaire, elle avait atteint le degré de la *coction*, en ce sens qu'elle pouvait être rendue mobile dans la masse du sang, et expulsée par différentes voies. Alors, si elle ne pouvait être assimilée aux autres humeurs saines et obéir aux lois de la circulation avec une égale complaisance, elle était cernée au milieu des fluides dans son état de maturité complète et chassée au dehors; ou bien, elle allait par métastase former un abcès dans quelque endroit du corps; et Sydenham qui croyait qu'on devait s'attendre à une récidive, quand l'évacuation n'avait pas lieu, lui donnait le nom d'évacuation dépuratoire du sang. Dans la pure doctrine des anciens, la matière morbifique ne pouvait jamais être

assimilée aux humeurs saines, tandis que Boërhaave et son illustre commentateur, disent que cette assimilation peut avoir lieu. Les premiers ne considéraient les humeurs comme cuites, qu'autant qu'elles étaient propres à l'excrétion ; Boërhaave, au contraire, considère ce qui se passe dans la résolution, comme une assimilation aux humeurs saines, et comme le résultat d'une coction parfaite qui n'est pas suivie d'évacuations, ce qui est contraire à ce que dit Hippocrate, que, pour qu'une coction soit parfaite, « elle doit être continue, c'est-à-dire, toujours charger les urines d'un sédiment blanc, uni et égal, et universelle, en ce qu'elle doit se montrer dans tous les excrémens. »

L'agent indispensable pour faire acquérir à la matière morbifique les qualités qui la rendaient propre à l'expulsion, était, ai-je dit, la fièvre. Aussi, Sydenham se bornait-il à la surveiller sans l'éteindre; il la modérait, quand, par son intensité, elle lui faisait craindre des accidens; l'animait par des stimulans, quand elle lui paraissait trop faible pour séparer les parties impures; et cette séparation était, selon lui, plus manifeste dans le déclin de la maladie. Mais cette règle de conduite n'était pas sacrée pour lui, puisqu'il n'y avait pas égard dans la pleurésie.

§. II. *Doctrine des crises.* — Cette doctrine était une des plus importantes de la médecine des anciens. Plusieurs, à la vérité, l'ont considérée comme vaine et inutile; mais la plupart ont suivi Hippocrate et Galien, dont je vais exposer les idées le plus brièvement qu'il me sera possible.

Le mot crise, de κρινω juger, est un terme emprunté au barreau : il signifie jugement. Mais, appliqué aux maladies, il a été pris dans des acceptions différentes, quoique en général il signifie un changement subit opéré dans la maladie. Hippocrate donne ce nom à toutes sortes d'excrétions; il n'en excepte pas même l'accouchement, ni la sortie d'un os d'une plaie. Ailleurs il dit qu'il y a crise dans une maladie, quand elle augmente ou diminue considérablement, quand elle dégénère en une autre maladie ou qu'elle cesse complétement.

La crise, dit Galien, et avec lui tous les médecins de son école, est une conversion subite vers la santé, un changement soudain qui s'opère après avoir été précédé de symptômes nouveaux du côté de la respiration, des sens, etc. Ce changement n'arrivait guère que dans les maladies graves et

aiguës. *La bonne crise* était suivie du retour à la santé ; *la mauvaise* était celle qui, ayant été précédée de tous les signes nouveaux, précurseurs de la crise, et ayant même été marquée par de grandes excrétions, de vastes abcès, était suivie de la mort. La crise était *imparfaite*, s'il n'y avait que de l'amélioration dans l'état du malade.

De ces appellations il résulte que la crise ne se décidait pas toujours dans le sens de la santé, et que tout changement subit dans la maladie, précédé ou accompagné de phénomènes précurseurs en mieux ou en pis, avec guérison ou mort, portait encore le même nom. — La crise survenait rarement dans le début de la maladie : la plus parfaite éclatait dans la période d'état, l'imparfaite dans la période d'augment. Elle se montrait rarement dans la période de déclin, et si elle n'avait pas paru dans celle d'état, la maladie s'effaçait peu à peu : elle était *déliée*. Tant que la matière des crises restait dans le sang, elle était appelée matière *critique*, de même qu'on appelait *critiques*, les excrétions par lesquelles elle était évacuée.

Chaque espèce de crise avait ses signes particuliers, suivant qu'elle devait s'opérer par les sueurs, les urines, les selles, les crachats, une hémorrhagie, etc. ; et ces signes permettaient au médecin de juger le lieu que la nature choisirait pour la crise.

Quoique la crise, au témoignage de Galien, pût à la rigueur apparaître dans tous les temps de la maladie, elle se faisait remarquer de préférence le 7e jour, correspondant dans les fièvres à la période d'état, au lieu que celles du 6e jour se décidaient péniblement et tournaient souvent à mal. La rapidité du changement qui suivait les premières, et qu'on remarquait surtout dans les cas aigus, était très-grande, et il suffisait de quelques heures à son accomplissement, tandis que, au-delà de la période d'état, la crise pouvait se prolonger pendant deux ou trois jours; mais, ceci se rattachant à la doctrine des jours critiques, je vais en faire l'exposé.

§ III.—D'après Van-Swieten, les anciens par une observation continuelle étant parvenus à constater l'existence des crises, virent qu'elles se montraient de préférence certains jours, que pour cela ils appelèrent *critiques* ou *décrétoires*. L'opinion de Galien, c'est que Hippocrate n'avait pas fixé leur ordre sur de vaines spéculations, mais qu'il y avait été porté par les observations consignées dans son livre des Épidémies, qu'il regarde comme anté-

rieur à sa théorie des jours critiques éparse dans ses ouvrages. Il dit avoir observé les crises si fréquentes le 7e jour, qu'il ne saurait les compter, tandis qu'il n'en a jamais vu le 16e et le 12e, qu'il exclut ainsi du nombre des jours critiques. Se fondant sur la troisième observation du livre des Épidémies et sur beaucoup d'autres histoires de maladies, il dit que les crises imparfaites se montrent aussi aux jours critiques, pour se juger définitivement à d'autres époques critiques. Au reste, il n'était pas rare de voir manquer cette succession dans les maladies graves, où la nature était écrasée par la violence du mal, et encore, dans ce cas, la mort survenait proche des jours décrétoires. L'incidence des crises aux jours critiques, était surtout remarquable dans les maladies épidémiques.

Hippocrate avait ainsi fixé l'ordre des jours critiques : les jours par excellence étaient le 4e et le 7e ; puis venaient le 11e, le 14e, le 17e, le 20e, le 24e, le 27e, le 30e, le 34e, le 40e, le 60e, le 80e, le 100e et le 120e.

Les crises qui se remarquaient dans les cas aigus, ne dépassaient guère le 40e jour ; elles survenaient ordinairement le 7e, le 14e et le 20e de la maladie, qui étaient nommés plus particulièrement critiques ou radicaux. Les jours critiques du second ordre étaient le 9e, le 11e, le 17e ; le 6e jugeait souvent, mais très-imparfaitement, et Galien lui avait imposé le nom de tyran par opposition au 7e, qu'il comparait à un bon roi; le 7e et le 14e se disputaient le premier rang; le 20e venait au troisième rang pour son efficacité, mais plusieurs lui opposaient le 21e. Tous les autres jours, regardés comme plus ou moins mauvais, avaient reçu des noms particuliers, et on les distinguait en indices, intercalaires, et en jours vides.

Les jours *indices* ou contemplatifs, situés au milieu de chaque septénaire, fournissaient les signes de coction et annonçaient une crise parfaite dans un des jours radicaux. Ils formaient eux-mêmes le premier ordre après les trois critiques, et donnaient des signes de coction, surtout dans les urines : « *Quibus septimâ die morbi judicantur, his nubeculam habet urina quartâ die rubram et alia secundùm rationem.* » Ces jours étaient le 4e pour le premier septénaire, le 11e pour le second, et le 17e pour le troisième. La crise n'était parfaite que si elle avait été annoncée par les jours indices.

Les jours *intercalaires* (*coincidentes*), provocateurs, moins efficaces

que les précédens, pouvaient encore juger la maladie, quoique rarement; mais ces crises exposaient à des rechutes. Ces jours étaient le 3e, le 5e, le 9e, le 13e et le 19e. Nous retrouvons ici le 9e, que Galien rangeait parmi les critiques du second ordre, et par conséquent, il est probable qu'en sa faveur, on faisait une exception de la mauvaise réputation attribuée aux jours provocateurs. Van-Swieten n'admet pour intercalaires que le 3e et le 5e pour le premier septénaire, et avec peine le 9e pour le second. Il est facile de remarquer que, au moyen de ces jours, les jours critiques sont beaucoup plus multipliés dans les deux premiers septénaires pour les cas aigus, tandis qu'ils deviennent plus rares dans les septénaires suivans.

Le jours *vides* sont ceux qui n'indiquent rien ou qui jugent malheureusement. Le 6e était un des plus redoutables aux yeux de Galien; les autres n'avaient aucune importance par eux-mêmes; mais, comme on admettait que la nature, occupée à se débarrasser de ses ennemis les jours critiques et indicateurs, se reposait les jours vides, les anciens choisissaient ceux-ci de préférence pour placer leurs remèdes : c'est pourquoi ils les avaient nommés jours médicinaux, et c'étaient le 6e, le 8e, le 12e, le 16e et le 18e.

En résumé, jours éminemment critiques : le 7e, le 14e et le 20e, c'est-à-dire, les derniers jours des trois premiers septénaires; critiques du second ordre et indicateurs : le 4e, le 11e et le 17e, qui tombaient au milieu de chaque septénaire; jours intercalaires : le 3e, le 5e, le 9e, le 13e, le 19e; enfin, jours vides et dangereux : le 6e, le 8e, le 12e, le 16e, le 18e, etc.

Remarquons que, d'après la manière dont les jours sont ordonnés dans Hippocrate, le 4e tombait au milieu du premier septénaire de la maladie, dont le dernier était le 7e; que le 11e dans le second septénaire, était encore le 4e de ce septénaire, dont le 7e jour était le 14e de la maladie. Mais, pour comprendre comment, en conservant le même ordre, le 4e jour du 3e septénaire tombait le 17e, au lieu de tomber le 18e, comme d'ailleurs le voulait Archigène, il faut admettre qu'Hippocrate, d'après l'ordre de succession dans lequel les crises s'étaient offertes à lui, avait uni la 3e semaine à la 2e, la 4e à la 3e, de manière que le dernier jour d'un ordre septénaire commençât le 1er jour du septénaire suivant, et que vingt jours complets, et non pas vingt-un, comprissent l'évolution de trois septé-

naires. Cela est confirmé par plusieurs passages (Van-Swieten) et par la manière dont les crises sont indiquées de vingt en vingt jours, quand la maladie traîne en longueur. Au reste, cette difficulté n'est pas la seule qui se soit offerte dans l'interprétation des idées des anciens. Les septiques suscitèrent des débats, pour savoir de quel instant il fallait noter la durée du jour, que toutefois on considéra généralement comme complété par la révolution de vingt-quatre heures. Le commencement du jour médical étant fixé par l'heure de l'invasion de la maladie, n'était pas le même que celui du jour naturel; et enfin, dans toutes les maladies dont le début n'est pas marqué par un frisson, et qu'on ne pouvait pas rattacher à une heure précise, il fallait bien faire concorder le jour médical avec le jour naturel.

Les jours critiques perdaient de leur précision, quand la maladie se prolongeait au-delà de trois septénaires. Les anciens médecins, en y ajoutant la foi la plus complète, convenaient qu'ils étaient loin d'avoir une précision rigoureuse et de pouvoir donner une certitude infaillible. De là, leur extrême réserve dans leurs prédictions d'un retour à la santé, soit prochain, soit éloigné. Hippocrate s'en explique assez nettement : « *Acutorum morborum non omninò certæ sunt prædictiones neque mortis neque sanitatis ;* » car il avait vu des cas désespérés, où, contre son espoir et ses prévisions, le malade était revenu à la santé.

ARTICLE II.

Il faudrait supposer que la prévention est capable d'abuser étrangement l'esprit des hommes même les plus éclairés et les plus doués de l'esprit d'observation, pour vouloir récuser le témoignage de tant de médecins anciens et même modernes, qui sont favorables à la doctrine des crises et des jours critiques, et dont les ouvrages en témoignent l'existence par une foule d'observations. Ces observations, marquées au coin de la bonne foi et de la conviction la plus profonde, ne sauraient être accusées de fausseté ou d'erreur sans beaucoup de témérité, et il faudrait vouloir fermer les yeux sur certains phénomènes qui signalent assez souvent dans les hôpitaux la fin des maladies aiguës, comme variole, pleurésies, etc., pour ne pas y reconnaître des crises. Ce sont des abcès étendus, des flux d'urine,

des épistaxis abondantes, qui, de temps à autre, se présentent à l'attention du médecin, et qui reportent involontairement son esprit vers les idées humorales des anciens. Leur théorie de la coction, quelque grossière qu'elle paraisse, et quelque insoutenable qu'elle soit dans beaucoup de ses parties, quelque éloignée qu'elle soit de ce que l'on connaît sur l'étiologie, la marche et les terminaisons de la plupart des maladies, toutefois en tant qu'elle admet l'existence d'une matière morbifique, son séjour dans le corps, une élaboration que nous envisagerons comme une réaction, une élimination, résultat de cette réaction et qui implique l'existence des crises ; cette théorie, dis-je, devient dès-lors applicable à certaines maladies aiguës, dont l'origine est une infection, comme la variole, les fièvres intermittentes des marais, le typhus, la fièvre jaune, la peste, quelques maladies qui sont produites par empoisonnement et qui présentent souvent des crises. Elle doit être inévitablement écartée, aussi bien que leur interprétation des crises, dans tous les cas où il n'y a pas une matière morbifique pour cause première de la production de la maladie ; et les crises qui se montreront, si j'en excepte l'épistaxis et les différentes hémorrhagies qui peuvent enlever directement le mal en désemplissant les vaisseaux, et en servant de moyen de solution à un mouvement fluxionnaire, ne pourront être vues autrement que comme des effets.

Il faut avouer encore que tout en convenant que certains états pathologiques, causés par une infection, se prêtent mieux que les autres aux idées de coction et d'évacuation d'un agent morbifique, on ne peut trop s'attacher à la pensée que l'évacuation de cet agent suffise à la guérison ; car, il faudrait admettre que son impression sur les organes pendant le temps de sa présence dans le sang, n'a pas laissé des effets durables un seul instant. Si nous voyons, d'ailleurs, des substances qui ont passé dans le sang, manifester dans les diverses excrétions des signes de leur présence, et par conséquent de leur évacuation, au bout d'un temps fort court, l'analogie ne nous porterait-elle pas à penser qu'il en est à peu près de même de ces agens de maladie, en raison du mouvement continuel des liquides en circulation et de leur rénovation par les matériaux fournis par la digestion ; qu'ils ne séjournent que peu dans le corps, et que les maladies qu'ils produisent sont plutôt un effet de leur impression sur les organes et sur le

système nerveux, qu'un effet de leur présence et de leur contact habituels? Si la physiologie est impuissante pour nous donner l'explication de ces séjours prolongés de substances morbifiques au milieu des organes; si même les notions acquises sur le mouvement perpétuel des liquides, sur leur rénovation ou sur leur revivification, sur le mode de nutrition qui veut un mouvement continuel et moléculaire de composition et de décomposition, sur les fonctions des organes de sécrétion, qui sont comme des moyens d'élimination pour tout ce qui a servi ou est impropre à la nutrition, et qui manifestent, au milieu de leurs produits, la présence rapide de substances qui ont dû passer dans le sang; si toutes ces notions, dis-je, y sont opposées, à moins d'admettre que la science est imparfaite sur ces points-là, nous serions contraints de retirer même la concession que nous voulons faire en faveur de quelques maladies, ou de ne la faire qu'en supposant le sujet toujours plongé au milieu du foyer qui fournit les matières nuisibles à son sang. Mais, si l'étiologie et la marche de plusieurs maladies nous inspirent de la réserve pour ne pas rejeter totalement les vues des médecins humoristes, il ne serait pas aussi difficile d'en démontrer l'erreur dans la plupart des autres, par l'étude des observations. Je ne prétends pas contester l'origine des crises, ni même celle des jours critiques: les premières, quoique plus rares que ne tendraient à le faire croire les écrits des anciens, se montrent assez souvent à nos yeux; et, pour les seconds, si on ne peut se refuser à dire que leur doctrine paraît le résultat d'un arrangement spéculatif dans ses détails, il faut avouer cependant que l'observation clinique montre très-souvent l'incidence des crises ou l'époque de la mort, précisément aux jours signalés comme les plus critiques, et que les maladies épidémiques, aiguës, en offrent le plus d'exemples. La raison en est peut-être, que l'accomplissement des fonctions est soumis à une certaine marche, qui exige un temps et des périodes réglés pour leur entière perfection, et que, dès-lors, les maladies qui intéressent les organes chargés de ces fonctions, doivent présenter à certaines époques des mutations notables, étrangères le plus souvent à la nature de la maladie, et dépendantes de l'organisation; de même que l'inflammation a une marche générale réglée dans la succession de ses phénomènes, quoiqu'on observe des variations entre les individus. De là, par conséquent, des époques plus souvent renouvelées que d'autres pour la mort ou la guérison, époques qui varieront suivant la

nature, la marche plus ou moins rapide de la maladie, mais qui seront analogues pour l'ensemble des cas morbides d'une même affection. Mon but est seulement de voir si les explications des anciens sur le rôle de la crise dans la maladie, ne sont pas démenties par l'analyse des observations, et s'ils n'ont pas pris l'effet pour la cause. J'emprunte à M. Andral ces observations que je prends au hasard, et je tâcherai de tirer de cette manière de voir, quelques conclusions utiles à la thérapeutique.

Première Observation. — Un homme de 30 ans, taillandier, à Paris depuis quatre ans, peau brune, cheveux noirs, muscles peu développés, se portant bien habituellement, éprouve, un jour d'octobre, une tension douloureuse de la joue droite; tension, le jour suivant, avec un peu de fièvre, céphalalgie et dégoût pour les alimens. Le 2e jour, la fluxion disparaît; mais il ressent une assez vive douleur à la partie latérale inférieure droite de la poitrine et aux lombes. Alitement le 4e jour (*tisane délayante*); entrée à l'hôpital le 6e jour; il présente l'état suivant :

Céphalalgie sus-orbitaire; teinte jaune de la face; yeux appesantis; brisement des membres; douleur au niveau des trois dernières côtes, au flanc droit et aux lombes, augmentant par la pression et la toux, mais non par les mouvemens d'inspiration; langue rouge; soif; bouche mauvaise; ventre indolent; constipation; pouls fort, peu fréquent; chaleur douce de la peau; respiration libre; toux légère; crachats de catarrhe aigu; percussion sonore partout; râle sibilant des deux côtés au-dessous des clavicules (indice d'un simple catarrhe pulmonaire). (12 *sangs. au côté droit de la poitrine; saign. deux pal.; inf. viol.*) — Le 7e jour, le sang tiré la veille, est réuni en un caillot peu consistant, sans couenne. Le malade a assez bien dormi; la douleur de côté a disparu, ainsi que la céphalalgie; la langue a perdu sa rougeur; la soif est moindre; borborygmes; pas de selles; la toux a cessé; pouls fort et toujours un peu fréquent. De légères sueurs ont apparu pour la première fois, *dans la nuit du 7e au 8e jour.* — Le 8e jour, le malade est très-bien; encore un peu de sueur dans la nuit: *plus de fièvre et retour de l'appétit.* — Le 9e jour, sueurs copieuses la nuit; il n'y en a plus les jours suivans. Pendant deux jours, apozème purgatif contre les borborygmes et la constipation. Sortie, le 14e jour.

Cette observation est un véritable exemple de ce que les anciens appelaient

une crise par les sueurs, et ces sueurs paraissent à M. Andral lui-même, avoir jugé la maladie. Nous allons examiner si le détail et les circonstances du fait nous permettent d'être de son avis.

Que voyons-nous ? Une fièvre continue avec symptômes bilieux ; une douleur de poitrine qui ne réside pas dans la plèvre, et qui paraît de même nature que ces douleurs musculaires qui accompagnent souvent les affections catarrhales ; un catarrhe aigu ; une affection des voies digestives qui concorde avec les symptômes bilieux ; enfin, un pouls fort, peu fréquent, avec chaleur douce de la peau. Cet ensemble ne dénote-t-il pas une affection générale du système muqueux, avec des symptômes bilieux qui ne paraissent que symptomatiques de l'affection intestinale ? Dès-lors, la peau doit-elle continuer ses fonctions sans dérangement aucun, comme le font, par exemple, les reins ; ou bien doit-elle se montrer ici solidaire, si je puis le dire, des membranes muqueuses auxquelles elle est unie dans tant d'affections par les sympathies les plus étroites ? Quel est le symptôme le plus apparent de la gastro-entérite, celui qui, conjointement avec l'état de la langue, est le plus utile au praticien pour apprécier le degré d'inflammation de la surface digestive ? N'est-ce pas la peau, dont la température est chaude, sèche, aride et brûlante ? Et cet état de la peau s'observe-t-il, dans l'immense majorité des cas, ailleurs que dans des inflammations de la muqueuse gastro-intestinale ? Les auteurs et les praticiens ne s'accordent-ils pas à regarder la peau, comme une sorte de miroir extérieur dans lequel viennent se réfléchir les affections inflammatoires des membranes muqueuses, comme un représentant presque toujours fidèle de ce qui se passe à leur intérieur ? Et la maladie est-elle l'effet de cet état de la peau ; ou bien celui-ci n'est-il qu'une manifestation produite par elle et qui doit cesser avec elle ? Ce point de médecine pratique et symptomatologique est admis, reconnu, et cette corrélation nous explique comment la peau se dessèche, s'élève en température, avec l'accroissement de la maladie ; comment elle s'assouplit, s'humecte, recommence à sécréter la sueur, quand l'affection interne se dissipe et se résout.

C'est le 7e jour, après une saignée et une application locale de sangsues, que la douleur de tête se dissipe, que la langue perd sa rougeur, que la soif est moindre, que la toux a cessé. Sont-ce donc de *légères*

sueurs qui ont apparu dans la nuit, qui auraient le mérite de cet amendement plutôt que les émissions sanguines ; des sueurs insignifiantes, tellement insignifiantes aux yeux du médecin, qu'il ne les met qu'en dernière ligne ? Ces traces d'un rétablissement ou d'une tendance au rétablissement des fonctions cutanées, ne sont qu'une amélioration de plus ajoutée à la cessation ou à la diminution des autres symptômes, et qui se rapporte à la cause. Ces efforts ne s'exécutent pas encore en toute liberté, avec toute la plénitude désirable, parce que l'affection interne n'est pas totalement dissipée, ce qu'indique un pouls encore fort et un peu fréquent. La résolution continue le lendemain, et les petites sueurs se reproduisent de nouveau pendant la nuit ; alors la fièvre a cessé complétement, et c'est dès la nuit suivante que surviennent des sueurs copieuses, importantes en effet à signaler, parce que leur abondance est un signe de guérison complète, et un signe qu'il ne se passe plus, à l'intérieur du corps, d'actes morbides qui s'opposent à la sécrétion cutanée. Si cette manière d'envisager la sueur comme un effet, n'est pas la véritable, pourquoi ne pas regarder aussi comme cause le retour de la faim, qui coïncide avec l'apyrexie complète du 8e jour ? Ne serait-ce pas là une espèce de crise qui juge la maladie ? Il n'y manque qu'une évacuation ; mais rien ne prouverait qu'elle n'est pas très-influente, sinon seule influente sur la cessation des phénomènes morbides. Mais, de même que pour la venue de la sueur, je ne saurais voir là autre chose que le rétablissement d'une fonction et d'une fonction qui reprend avec d'autant plus d'énergie, quand il n'y a pas eu d'altération de tissu, qu'elle a été suspendue pendant toute la durée de la maladie, et que le corps a besoin de réparer, par une nutrition active, les forces qu'il a perdues. Il est remarquable que cette faim ne tourmente les malades au moment de la convalescence, que dans les maladies aiguës ; tandis que, dans les maladies chroniques, au lieu d'une véritable faim, d'un appétit vorace, il y a souvent dégoût pour les alimens, qui se prolonge fort long-temps, et l'appétit ne se rétablit que peu à peu. La raison en est sans doute dans l'altération matérielle ou des tissus, dans l'affaiblissement organique de l'estomac et des organes digestifs dans le dernier cas ; tandis que, quand la maladie a eu, quoique très-intense, une durée seulement de quelques jours, l'estomac n'a pas eu le temps de s'affaiblir ou de s'altérer assez, pour qu'il

n'élabore pas avec énergie et efficacité les alimens qui lui sont confiés.

Il me serait facile de multiplier les exemples, et de prouver, par une discussion attentive, que, de tous les cas consignés dans Andral, de sueurs critiques, il n'en est pas un seul qu'on soit vraiment autorisé, sans aucun doute, à regarder comme ayant concouru à la terminaison de la maladie, tandis qu'il est facile de démontrer que, dans le plus grand nombre, la sueur n'était que l'expression du rétablissement de la santé.

Apportons le même esprit de discussion dans l'examen d'un autre genre de crises, celui par les pétéchies, et prenons l'observation dans laquelle, selon M. Andral, l'éruption a eu un caractère plus décidément critique que dans les autres.

Deuxième Observation. — Un passementier, âgé de 17 ans, à Paris depuis 3 ans, entre à la Charité, malade depuis 8 jours, accusant aux deux jambes des douleurs qui n'augmentaient pas à la pression, un grand malaise, de la céphalalgie, une anorexie complète, du dévoiement. Il avait bu du vin chaud sucré. A la visite : face rouge ; œil animé ; pouls plein, fréquent ; ventre indolent et souple ; langue humide, colorée par le vin (*Saign., 2 palett.; orge; sirop tart.* ; *lav. gr. de lin*). Sang dépourvu de couenne. La nuit, le malade eut plus de sommeil et moins de rêves.

Le lendemain 10e jour, même nombre de selles (6 à 7) ; pouls moins fréquent ; du 10e au 13e jours, diminution du dévoiement ; persistance de la fièvre. — Le 13e jour, *quelques petites taches rosées* apparurent sur la poitrine ; même état d'ailleurs. — Le 14e, persistance des taches ; peau sans chaleur ; pouls sensiblement moins fréquent. — Le 15e, disparition presque entière des taches ; pouls à peine fréquent ; une seule selle. — Le 18e jour, disparition complète des pétéchies ; apyrexie complète. — Les jours suivans, bon appétit ; retour des forces ; persistance des douleurs des jambes. Ces douleurs cédèrent à l'usage des bains sulfureux.

En lisant attentivement cette observation, on s'étonne comment M. Andral a pu voir dans l'éruption pétéchiale, une caractère plus nettement critique (1)

(1) C'est-à-dire, comme ayant jugé la maladie.

que dans ses observations précédentes, où ce caractère n'est rien moins que tel. Il se fonde sur ce que le mouvement fébrile devint presque nul, dès que les pétéchies furent apparues. Mais cela ne résulte pas clairement de la manière dont les phénomènes se sont succédé; car, s'il faut en croire M. Andral, la chaleur de la peau ne diminue et le pouls ne devient sensiblement moins fréquent, que le second jour de l'éruption; et, en vérité, n'est-ce pas une crise bien digne d'être signalée, que celle qui s'opère par *quelques petites* taches rosées? Il est fâcheux que l'observation n'en spécifie pas mieux le nombre et les dimensions, parce qu'on peut soupçonner qu'elles n'étaient pas fort nombreuses ni fort étendues, et qu'une élimination opérée par quelques petites taches rosées dans une fièvre presque inflammatoire, ne dut pas avoir grande influence sur son issue. Mais, en voulant même bien ne pas tenir compte de la bénignité apparente de cette éruption, n'est-il pas avoué que le 9e jour, à la suite de la saignée et du lavement, la nuit fut plus calme, et que le malade goûta quelque repos? N'est-ce pas le lendemain, 10e jour, avant toute apparence d'éruption, que déjà le pouls était moins fréquent? N'est-ce pas du 10e au 13e jour, que le dévoiement se calme à son tour? La fièvre, à la vérité, persistait; mais avec l'amélioration qui s'était manifestée dès le 10e jour, puisqu'il n'est pas fait mention d'une récrudescence, mais seulement de la persistance de cette fièvre. Nous voici au 13e jour. Les quelques petites taches rosées se montrent : vous vous attendez à une cessation soudaine et complète de tous les symptômes fébriles; vous vous trompez. L'observation mentionne même état du reste, c'est-à-dire, diminution du dévoiement et persistance de la fièvre, moins forte depuis trois jours. Ce n'est que le lendemain, que la peau perd sa chaleur et que le pouls devient sensiblement moins fréquent. Mais, si les pétéchies ont le mérite de cette amélioration, à mesure que l'amélioration marchera, elles vont s'étendre, se multiplier, au moins dans les premiers temps. Pas du tout; le surlendemain, disparition presque complète des taches, et, malgré cela, pouls à peine fréquent, une seule selle. N'est-il pas évident d'après cela, que, sans les quelques petites taches rosées qui se meurent à leur naissance, la fièvre ne serait pas tombée? Les légères traces qui en restaient, continuent à se dissiper du 15e au 18e jour; et c'est quand elles ont totalement disparu, que

l'apyrexie est complète. M. Andral a senti lui-même cet embarras, et il a été forcé d'ajouter : « *Néanmoins*, les huit jours suivans, pendant lesquels les taches persistèrent, le pouls conserva une légère fréquence, qui cessa, dès que l'éruption fut entièrement flétrie. » De tout cela je conclus que ces taches, d'une nature vraiment critique, en ce sens qu'elles coïncidèrent avec une amélioration notable, ne signifiaient rien autre chose que les sueurs dans l'observation précédente; c'étaient les avant-coureurs de la santé, les premières traces d'une guérison qu'elles n'avaient pas provoquée.

Dans les deux cas que nous venons de voir, nous sommes donc bien fondés sur l'importance à accorder aux phénomènes critiques; mais, voyons un cas des plus décisifs, en faveur de l'opinion qui considérerait la crise comme jugeant ou pouvant juger la maladie, et en l'étudiant, examinons attentivement s'il ne contient rien qui doive nous commander le doute.

Troisième Observation. — Un domestique, âgé de 18 ans, d'un tempérament lymphatique, se plaint, depuis 5 à 6 jours, de toux, d'anorexie, d'un léger dévoiement, avec un redoublement de fièvre très-marqué chaque après-midi. Entré à l'hôpital le 6e jour (mois de mai), il présente : céphalalgie sus-orbitaire; face très-rouge; forces musculaires bien conservées; bouche mauvaise; langue chargée; ventre indolent; plus de dévoiement; toux assez forte, sans douleur ni dyspnée; expectoration catarrhale; pouls fréquent, plein; peau halitueuse (*Saignée de 2 palettes*). Caillot mou et sans couenne (*à midi*, 12 *gr, ipécac. et* 1 *gr. émét.*); abondans vomissemens et selles copieuses.—Le 7e jour, même état; mais, à dater de cette époque, plus de redoublemens l'après-midi. — Le 8e jour, pas de changement. — Le 9e jour, face très-rouge; langue animée, sèche au milieu; trois selles liquides; ventre indolent; pouls fréquent; peau chaude et sèche; petites taches rosées, lenticulaires sur la poitrine, avec saillie légère, sensible seulement au tact. (*Tis. d'org. édulc.*) — Le 10e jour, les pétéchies se sont étendues à l'abdomen; même état. — Du 11e au 14e, les taches persistent; elles sont très-multipliées, véritablement confluentes, et conservent leur teinte rosée; le dévoiement se modère (2 à 3 selles en 24 heures); la langue reprend un aspect naturel; pouls peu fréquent; peau constamment moite. (*Tisane adouciss.; diète sévère.*) — Du 14e au 15e jour, les taches s'effacent; le dévoiement n'existe plus; le

malade demande à manger; cependant, le pouls conserve un peu de fréquence. — Le 18e jour, taches entièrement effacées; le malade est très-bien.

Cette éruption de taches rosées, multipliées et confluentes qui coïncide avec l'amélioration des voies digestives et la diminution de la fièvre, a de l'analogie avec la rougeole et la scarlatine, et elle constitue véritablement une crise dans toute l'acception du mot: elle est accompagnée de troubles critiques très-marqués, d'un redoublement de tous les symptômes, qui s'évanouissent quand l'éruption est terminée. Mais, est-elle bien la cause de la guérison; et pouvons-nous ne pas garder de doutes à ce sujet?

Quand le malade se présente à la Charité, il offre tous les symptômes d'une affection des voies digestives et de la muqueuse pulmonaire. A la suite de la saignée et de l'administration du vomitif, son état est à peu près le même pour l'ensemble des symptômes, et n'offre de moins que le redoublement fébrile de toutes les après-midi. Mais, deux jours après, le 9e de la maladie, suraggravation inopinée: la langue se sèche; les selles reparaissent; le pouls s'élève; et la peau, jusque-là halitueuse, devient chaude et sèche; en même temps, les pétéchies se montrent sur la poitrine. Jusqu'ici nous ne sommes pas autorisé à voir de bon œil cette éruption pétéchiale, qui ne paraît qu'un symptôme fâcheux qui s'ajoute de plus à tous les autres, et le lendemain, malgré l'extension des taches, l'état du malade est encore le même. Nous ne devinons pas que ces pétéchies, que nous voyons d'un œil encore plus soupçonneux, vont enlever la maladie; mais, contre notre attente, du 11e au 14e jour, les organes digestifs se rétablissent sur tous les points, et les taches se sont maintenues, sont même devenues confluentes. Oh! dès-lors, nous leur rendons justice: nous les avions injustement soupçonnées, et ce sont elles qui ont le mérite, tout le mérite de la guérison. A la vérité, la peau redevient moite, et nous pourrions bien faire participer la sueur à la diminution de la fièvre; mais ici, en raison sans doute du caractère caché de la sueur (car ce n'était qu'une simple moiteur permanente), M. Andral veut bien admettre qu'elle doit être mise sur le compte de l'amélioration franche qui avait lieu exactement à la même époque. Enfin, les taches sont effacées le 18e jour, et ce n'est qu'alors que le pouls a perdu toute fréquence; ce qui n'est pas très-honorable pour les pétéchies, comme si l'ennemi qu'elles étaient destinées à combattre, les

avait entraînées dans sa perte, et avait voulu les faire périr avec lui, jaloux qu'elles ne survécussent pas quelque temps pour attester leur triomphe.

Si nous étions pressé de rendre compte de la contradiction que nous nous efforçons de signaler, nous dirions que les pétéchies, dont la première apparition concorde avec un surcroît d'intensité d'affection des voies digestives, et ne joue aucun rôle bienfaisant sur cette affection pendant les deux premiers jours, ne sont, comme la chaleur sèche de la peau, qu'un témoignage de la participation de cette membrane extérieure à la souffrance des membranes intérieures; que ces pétéchies s'étendent un peu quand les désordres internes s'amendent, parce que la peau est le siége d'une irritation plus grande, produite par le retour de ses fonctions, retour marqué par la réapparition de la moiteur; et que, dès-lors, il n'est pas étonnant qu'elles finissent en même temps que la fièvre, puisque toutes deux sont symptomatiques d'une affection dont la résolution doit leur permettre de se dissiper à leur tour.

L'influence que peuvent exercer les pétéchies sur la maladie, pourrait être déduite de beaucoup d'observations consignées dans le même ouvrage; il me suffira, je pense, de signaler, entre autres, l'observation qui suit immédiatement celle que je viens de rapporter (Andral, 59e obs., pag. 88), et dans laquelle, comme dans la précédente, apparurent des symptômes d'irritation gastrique, en même temps qu'une éruption de taches eut lieu; et ce qu'il y a de bien remarquable, c'est qu'au milieu de l'amendement général qui suivit les moyens médicamenteux employés, les pétéchies ne subirent aucun changement, et qu'elles persistèrent jusqu'à la fin de la maladie, qui parcourut toutes ses périodes et arriva à la guérison, sans qu'on fût, le moins du monde, autorisé à faire mention d'elles pour autre chose que pour signaler leur présence.

Quatrième Observation. — Un maçon, âgé de 18 ans, cheveux noirs, peau brune, muscles développés, est pris d'un dévoiement, auquel, peu de temps après, viennent s'adjoindre la rougeur et la sécheresse de la langue, la soif, la chaleur et la sécheresse de la peau, la fréquence du pouls, une douleur légère autour de l'ombilic et à la région iliaque droite. (*Saign.; tis. adouc.; lav.*) Aucun changement.

Le 9e jour, les traits sont abattus, découragés; le ventre est ballonné,

douloureux à la pression; la langue rouge, visqueuse; le pouls faible; le dévoiement abondant: 8 à 10 selles. Dans la soirée se montrèrent de légères sueurs qui ne furent pas suivies d'amendement, et qu'on excita abondamment, chaque nuit, par la poudre de Dower. Cependant les forces diminuaient sensiblement; la langue noircissait; la douleur, le ballonnement du ventre et le dévoiement persistaient. — Le 13e jour, léger trouble des idées. — Le 14e, intelligence nette; pouls petit et d'une irrégularité remarquable. — Le 15e, un ver fut vomi. — Le 16e, apparurent des crachats épais, puriformes, abondans; toux légère. Les symptômes qui, jusqu'alors, étaient devenus de plus en plus fâcheux, s'étaient amendés. Langue humide; ventre souple; pouls plus régulier; aspect de la face plus naturel; mouvemens plus libres. — Du 17e jour au 21e, l'amélioration faisait des progrès et l'expectoration persistait, sans que les sueurs continuassent, malgré l'emploi de la poudre de Dower. — Dans la nuit du 21e au 22e jour, survint une sueur très-abondante. Le matin, le malade était bien, le pouls très-régulier, et l'expectoration avait cessé. Les forces se rétablirent rapidement; mais le pouls ne perdit son irrégularité que vers la fin de novembre.

L'époque à laquelle se montrèrent les premières sueurs, devait les faire considérer comme un effort critique de la nature; cependant, ces sueurs coïncidaient avec un surcroît de gravité des symptômes. Rien ne décelait un commencement de résolution de la phlegmasie intestinale; au contraire, à la rougeur de la langue et au dévoiement s'étaient joints le ballonnement et la douleur du ventre, la faiblesse du pouls, la diminution des forces. Il y a donc des sueurs qui peuvent survenir dans les affections inflammatoires des membranes muqueuses, sans qu'on doive toujours fonder sur leur apparition un heureux pronostic. Cela s'observe assez fréquemment dans la seconde période de ces sortes d'affections, dans la période d'affaissement, de collapsus, qui succède souvent à une période d'excitation et de réaction générales. L'an dernier, j'ai vu à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, une sueur assez abondante succéder à une chaleur sèche et brûlante de la peau, chez un homme atteint de phlébite, à la suite d'un essai d'oblitération des veines variqueuses à la cuisse, par l'emploi de l'acupuncture. Alors, à la vérité, cette sueur, quoique générale, était froide et

visqueuse, et semblait plutôt le résultat mécanique d'un relâchement organique de la peau, qui laissait transsuder les fluides à travers les mailles de son tissu, que l'effet d'un mouvement vital et fluxionnaire vers cette partie, comme cela doit être toutes les fois que se rétablit subitement une fonction dont les organes n'ont point éprouvé d'affaiblissement organique, ni d'altération de tissu. C'est ainsi encore que, malgré des phlegmasies quelquefois très-étendues qu'on rencontre à l'autopsie de sujets qui ont succombé à la pustule maligne, il n'est pas rare de voir la peau reprendre de l'humidité et une moiteur générale dans les derniers jours qui précèdent la mort, lorsque le pouls est affaissé, les forces perdues, les mouvemens musculaires presque abolis; tandis que cette peau se maintient dans un état remarquable de chaleur et d'aridité, tant que la réaction est intense et que les forces suffisent à l'énergie de la réaction. On peut de la sorte s'expliquer comment il y a des sueurs, que l'époque où elles se montrent, porterait à considérer comme critiques, et qui n'en sont pas moins suivies de la mort ou d'une persistance des symptômes les plus pernicieux, sans que ce phénomène infirme en rien l'explication que j'ai donnée de leur rétablissement dans la première observation. L'état des forces aurait ainsi une influence très-grande sur elles, dans les cas où les désordres internes ne tendraient pas à s'effacer en totalité ou en partie. Au reste, je ne prétends pas que ce soient là les deux seules conditions de leur production, et je ne doute pas que beaucoup d'autres causes étrangères à une résolution des phlegmasies viscérales, ou à un affaiblissement général des tissus, ne puissent les provoquer. Je me contente ici de concilier ce phénomène avec la manière dont j'ai été conduit à l'envisager d'après les faits dans ce qui précède. On pouvait même à l'avance prévoir ce qui est arrivé ici, de l'administration de la poudre de Dower, c'est qu'il serait inutile et même dangereux de provoquer ces sueurs par des moyens artificiels, avant d'avoir attaqué la cause interne qui s'oppose à leur production spontanée ou à leur persistance. La manière dont les anciens considéraient la crise comme cause de la cessation de la maladie, devait conduire trop fréquemment à cette faute thérapeutique, contre laquelle déjà Sydenham s'était élevé dans le traitement de la petite-vérole.

Enfin, le 14e jour de la maladie, on entrevoit une légère amélioration,

et c'est le 16e qu'apparaissent des crachats épais, visqueux, puriformes. Les symptômes s'étaient amendés; la langue s'était humectée et le pouls était devenu plus régulier. Voilà la véritable crise qui apparaît. Pour les partisans des anciens, c'est la matière morbifique cuite qui est expulsée par les crachats ; pour nous, ce n'est encore qu'un retour de la sécrétion muqueuse des voies bronchiques ou trachéliennes, qu'un symptôme heureux, qui marchera à côté des autres qui se montrent exactement en même temps que lui, et auxquels nous ne pourrions pas, avec plus de fondement, rapporter la terminaison de la maladie, mais qui pourraient revendiquer le même droit, si nous voulions l'arroger à l'expectoration muqueuse en particulier; car, ainsi que le mentionne soigneusement l'observateur, l'apparition des crachats *coïncide* avec l'amélioration marquée de tous les symptômes, et cela ne donne pas le droit de dire qu'ils en sont la cause.

Pendant quatre jours l'expectoration continue; mais, dès qu'elle s'arrête, la peau reprend à son tour ses droits sécrétoires, et la véhémence de la sécrétion qu'elle opère, quand déjà les forces se sont relevées et qu'il n'existe presque plus de symptômes fâcheux, atteste cette fois la fin de la scène morbide. Peu à peu tout achève de rentrer dans l'ordre, et une agitation légère du pouls qui restait comme un dernier souvenir de l'orage, se dissipe après quelques jours.

CONCLUSION.

I. La croyance en l'existence des crises est justifiée par l'observation clinique; et s'il est difficile de prouver que la théorie des jours critiques n'est pas le résultat d'idées spéculatives dans son arrangement méthodique, on ne peut nier que beaucoup de crises, ou la mort, n'arrivent précisément les jours critiques. Les observations de M. Andral en font foi; et sur dix-neuf observations que je prends dans Baillou, quinze fois la mort est survenue les jours critiques, deux fois la guérison, et deux fois seulement il y a eu mort, le 3e et le 6e jour. Sur ces cas, deux fois il y a eu des crises, le 7e, le 11e, le 14e et le 17e jour.

II. Les crises s'observent plus fréquemment dans les maladies épidémiques, les fièvres malignes, les maladies par infection, dans quelques em-

poisonnemens. Elles sont rares dans les autres; et, dans tous les cas, rien n'est plus incertain que leur venue.

III. Même dans les cas où la crise a pour but d'évacuer une matière morbifique, il est douteux qu'elle juge la maladie et qu'elle fasse autre chose que concourir à la guérison, en évacuant un agent qui pourrait entretenir le mal par sa présence; et, comme la crise est alors le résultat d'une réaction de l'économie, le traitement doit être dirigé de manière à favoriser, autant que possible, cette réaction, en combattant les effets de l'agent morbifique, quand on ne peut pas le neutraliser.

IV. Dans la majeure partie des maladies, la crise n'est qu'un effet qui dépend du déplacement d'une irritation, ou du retour d'une fonction, ou d'un dégorgement des muqueuses; souvent elle n'est qu'une complication ajoutée à la maladie.

V. Il n'est donc pas rationnel de diriger le traitement en vue d'une crise, ou dans son sens quand elle est apparue; c'est donc aux causes qui empêchent la résolution, ou le retour de la fonction, ou la réaction, qu'il faut s'adresser. Il serait très-pernicieux d'attendre la crise dans les fièvres intermittentes ataxiques.

VI. Le pronostic à tirer d'une crise varie suivant qu'elle annonce une réaction, une résolution, le rétablissement d'une fonction, le dégorgement d'une membrane enflammée, la solution d'un mouvement fluxionnaire sanguin; ou bien une complication, comme dans certaines parotides, certaines éruptions pétéchiales. Dans les premiers cas, en général, il est heureux; dans l'autre, c'est le contraire.

QUESTIONS IMPOSÉES.

—

1° *Est-il rationnel de combattre tous les calculs vésicaux par le bicarbonate de soude? N'y a-t-il pas des cas, au contraire, où l'usage de cette substance serait nuisible ?*

I. La difficulté de reconnaître, d'une manière précise, la nature d'un calcul renfermé dans la vessie; cette circonstance que souvent ils sont composés d'un grand nombre de substances différentes, dont la plus dure forme le noyau ou couche centrale, ne permettent pas toujours d'employer le lithontriptique, dont l'usage serait indiqué comme le plus rationnel par la chimie.

II. Les calculs d'acide urique, en raison de leur solubilité dans les alcalis et de leur précipitation par les acides, sont avantageusement combattus par le bicarbonate de soude. Les urines sont foncées en couleur et plus pesantes qu'à l'ordinaire; elles rougissent le papier tournesol et donnent un sédiment rougeâtre.

III. Les calculs d'oxyde cystique sont très-rares ; ils se distinguent des calculs phosphatiques, par la fétidité particulière des produits de leur distillation , et sont très-solubles dans le bicarbonate de soude.

IV. Le calcul d'oxyde xanthique, du docteur Marcet, n'est, d'après Berzélius, que de l'acide urique, dont il ne diffère pas dans ses propriétés chimiques. L'erreur n'aurait donc pas d'importance sous le point de vue du traitement par le bicarbonate de soude.

V. Les calculs d'urate d'ammoniaque ne diffèrent pas pour leurs caractères chimiques de ceux d'acide urique; mais le dégagement de l'ammoniaque par la formation d'un urate de soude, ne doit-il pas faire craindre la précipitation d'un phosphate d'ammoniaque ?

VI. Les calculs d'oxalate de chaux (calculs mûraux) sont réfractaires à tous les agens de dissolution. L'urine quelquefois , au témoignage de

Berzélius, donne de petits grains jaunes-blancs, verdâtres, ou d'un gris-brun d'oxalate de chaux.

VII. Les calculs de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien, solubles dans les acides et insolubles dans les alcalis, seraient irrationnellement traités par le bicarbonate de soude. L'urine est légère, trouble, d'un aspect ressemblant à celui du petit-lait ; elle se décompose rapidement avec odeur fétide, et est toujours alcaline ; elle laisse précipiter un sédiment pulvérulent et jaunâtre, mêlé à beaucoup de mucosités. Enfin, le cathétérisme donne un son analogue à celui des concrétions plâtreuses.

VIII. Jamais la silice n'a été trouvée isolée dans les calculs vésicaux ; toujours associée à l'acide urique, à l'urate d'ammoniaque et au phosphate terreux, elle ne figure que pour 1/300e dans l'analyse de 600 calculs, par Fourcroy et Vauquelin.

2° *Quelles sont les terminaisons et les fonctions du nerf naso-palatin ?*

I. Hippolyte Cloquet fait terminer le nerf naso-palatin aux angles supérieurs d'un ganglion du même nom, dont l'existence est contestée et même démentie par Cruveilher et par Arnold. Suivant ces derniers, il se termine dans la muqueuse palatine, derrière les dents incisives. Si donc ce ganglion existe, il fait penser que son existence n'est pas constante.

II. Les fonctions de ce nerf qui, d'après Cruveilher, ne fournit pas de rameaux à la pituitaire, sont sensitives de la portion de muqueuse à laquelle il se distribue. Dans le cas de l'existence du ganglion d'Hippolyte Cloquet, ce ganglion serait-il un moyen d'anastomose entre les deux ganglions sphéno-palatins ?

3° *Quelles sont les maladies de la glande lacrymale ?*

Son inflammation, ou *dacryadénitis*, qui peut être suivie d'un ulcère fistuleux, ou simplement d'induration ; son squirrhe ; l'augmentation anormale de sa sécrétion, ou *épiphora ;* l'altération du fluide lacrymal qui peut

aller jusqu'à produire des concrétions calculeuses (*dacryolithes*); l'oblitération des conduits excréteurs de la glande; une tumeur lacrymale développée dans le tissu cellulaire, ou *dacryops;* enfin, l'hydatide de la glande lacrymale.

4° *Causes et traitement des fièvres intermittentes pernicieuses.*

I. Les fièvres intermittentes pernicieuses se développent principalement dans les lieux où se rencontrent des exhalaisons marécageuses; celles-ci sont dues à la décomposition de matières végétales et animales, formant dépôt après l'évaporation des eaux.

II. Le temps de la nuit; les saisons du printemps, de l'été, de l'automne; la différence de température du jour et de la nuit; la chaleur réunie à l'humidité; l'état électrique de l'atmosphère; la pluie après une grande sécheresse; l'apparition de brouillards; celle d'insectes, dont la présence décèle la constitution marécageuse d'un pays; la position basse des marais, sont autant de circonstances qui, seules ou combinées, favorisent l'action des miasmes ou leur développement.

III. Toutes les causes sédatives, la crainte, la tristesse, le découragement, le chagrin, la mauvaise qualité des eaux, un froid excessif, les affections vives de l'âme, favorisent les fièvres ataxiques intermittentes; les vapeurs élevées des corps d'un grand nombre d'hommes, les plaies considérables, un état de dégradation de l'économie par des maladies antérieures, paraissent les développer quelquefois, ou tout au moins sont très-favorables à leur développement.

IV. Le quinquina ou le sulfate de quinine est le seul remède à opposer aux fièvres intermittentes pernicieuses; les autres moyens ne remplissent que des vues secondaires de curation.

V. La quantité de 4 gros ou d'une once au plus de quinquina, de 20 à 40 grains de sulfate de quinine, suffit pour arrêter les paroxysmes de la fièvre à son plus haut degré d'intensité. La première dose doit être la plus forte; le reste doit être donné à doses décroissantes : le remède est plus énergique, quand la dose en a été prise dans un temps plus court.

VI. Il faut placer le remède dans le temps de l'intermission ou de la rémission, et dans la déclinaison des accès, quand la fièvre est sub-intrante.

VII. Dans le cas de danger, on doit agir sans délai et sans préparation de l'individu; quand la nature d'une épidémie fait soupçonner le caractère pernicieux d'une fièvre qui, sous une apparence assez bénigne, a cependant un symptôme prédominant, on doit se hâter d'administrer le quinquina.

VIII. Son usage doit être continué quelque temps après la cessation des accès, surtout s'il n'a pas provoqué de crises.

IX. Si le médecin est appelé au milieu d'un accès qui menace le malade de mort, on doit s'attacher à modérer les accidens par les moyens appropriés, pour arriver au prochain paroxysme, qui sera combattu par les fébrifuges.

X. Obvier au vomissement du quinquina par son association à l'opium, et dans le cas d'embarras des premières voies, user d'émétiques et d'évacuans, avant d'en venir au quinquina; il faut encore lui joindre des remèdes appropriés à la nature des complications.

XI. Enfin, au printemps, chez des sujets pléthoriques, la saignée peut devenir nécessaire.

FIN.